

Inmigración: ¿SOS en hipertensión?

Objetivos. Analizar la observancia terapéutica y el grado de control de la presión arterial en inmigrantes hipertensos. Estudiar el efecto de una intervención mínima para mejorar estos parámetros.

Diseño. Estudio de intervención no controlado.

Emplazamiento. Zona básica de salud de la periferia de Murcia.

Participantes. Se incluyó a 150 pacientes inmigrantes de 40 a 75 años, hipertensos esenciales de más de un año de evolución, en tratamiento farmacológico. A todos ellos se les aplicó una intervención mínima para mejorar la observancia terapéutica. Se excluyó a los que no poseían un manejo adecuado del castellano tanto oral como escrito.

Intervenciones. En la visita inicial, se medía la observancia terapéutica y la presión arterial, y se realizaba la intervención mínima, consistente en dar la posología por escrito en una plantilla diseñada para el estudio y comprobar que el paciente la había entendido, ya que se le pedía que explicase al médico lo que se indicaba en la plantilla. El idioma en que se expresaba la plantilla era el castellano. A los 4 meses, se volvía a medir la observancia terapéutica y el control o no de la presión arterial.

Resultados. En la visita inicial la observancia terapéutica fue muy buena en el 9,33% (n = 14) de los sujetos, y buena en el 12% (n = 18) (tabla 1). La presión arterial era < 140/90 mmHg en el 17,33% (n = 26) de los pacientes. En la visita final (a los 4 meses) la observancia terapéutica había mejorado significativamente, que fue muy buena en el 20% (n = 30) de los hipertensos, y buena, en el 32% (n = 48) (tabla 1). En la visita final la presión arterial era < 140/90 mmHg en el 33,33% (n = 50) de los pacientes. El análisis comparativo entre el grupo de inmigrantes magrebíes y sudamericanos no mostró diferencias en ninguna de las fases del estudio.

Discusión y conclusiones. Los determinantes de salud de los inmigrantes se derivan de la dificultad de conseguir un trabajo

TABLA 1 Valores de observancia y presión arterial antes y después de la intervención mínima

	Visita inicial, n (%)	Visita final (4 meses), n (%)	Diferencia
Observancia			
Muy buena	14 (9,3)	30 (20,0)	+10,7*
Buena	18 (12,0)	48 (32,0)	+20,0*
Regular	22 (14,7)	24 (16,0)	+1,3
Mala	62 (41,3)	40 (26,7)	-14,7*
Muy mala	34 (22,7)	10 (6,7)	-16,0*
Presión arterial			
< 140/90 mmHg	26 (17,3)	50 (33,3)	+16,0*
140/90-159/99 mmHg	88 (58,7)	78 (52,0)	-6,7
≥ 160/100 mmHg	36 (24,0)	22 (14,7)	-9,3*

*p < 0,05.

jo normalizado, de su situación irregular de residencia, del hecho de vivir, en algunos casos, en zonas de riesgo social elevado, de la dificultad de acceso a los servicios sanitarios, en muchos casos por falta de información, y de los problemas de comunicación relacionados con el idioma y las diferencias etnoculturales.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que se debe diseñar algunas estrategias para lograr una mejor atención sanitaria al paciente inmigrante tanto desde la Administración como de los profesionales que trabajan en atención primaria. Algunas propuestas podrían ser la formación de profesionales sanitarios y no sanitarios para fomentar el conocimiento de aspectos relacionados con la inmigración (comunicación intercultural, enfermedades importadas, respeto a los valores de otras culturas, etc.). También sería de gran utilidad elaborar guías y protocolos de atención específicos para el paciente inmigrante. Los protocolos y guías de práctica clínica son elementos imprescindibles para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria. La disponibilidad de hojas de anamnesis, órdenes de tratamiento y consejos de educación para la salud en varios idiomas mejoraría la calidad de la atención prestada¹⁻⁶.

En conclusión, la observancia terapéutica y el control de la presión arterial de nuestros pacientes hipertensos inmigrantes son muy deficientes, por lo que se precisan medidas específicas para mejorar la salud de estos pacientes.

Mariano Leal Hernández, J. Abellán
Aleman, Purificación Gómez Jara
y Remedios López López
Cátedra de Riesgo Cardiovascular.
Universidad Católica de Murcia (UCAM).
Murcia, España.

1. Jansa JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria*. 2002;37:29:468.
2. Gutiérrez MD. Trastornos mentales en minorías étnicas: ¿un tema para investigar en atención primaria? [comentario editorial]. *Aten Primaria*. 2002;29:6-13.
3. Martín Laso MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? *Aten Primaria*. 2001;28:89-90.
4. Barbero J. Inmigración, salud y bioética. En: Alonso A, Huerga H, Morera J, editores. *Guía de atención al inmigrante*. Madrid: Ergon; 2003. p. 45-55.
5. Márquez E, Casado JJ, De la Figuera M, Gil V, Martell N. El incumplimiento terapéutico en España. Análisis de los estudios publicados entre 1984 y 2001. *Hipertensión*. 2002;19:12-6.
6. Leal M, Abellán J, Sánchez A. Explicar la posología de la medicación a inmigrantes magrebíes en su idioma. ¿Realmente necesario? *Aten Primaria*. 2006;37:468-9.

¿Controlamos la dislipemia en pacientes con cardiopatía isquémica en atención primaria?

Objetivo. Evaluar el grado de control de dislipemia en atención primaria (AP) en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica (CI), según criterios de las guías PAPPs-SEMFYC¹.

Palabras clave: Inmigración.
Hipertensión. Control. Observancia.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica. Dislipemia. Prevención secundaria. Atención primaria.